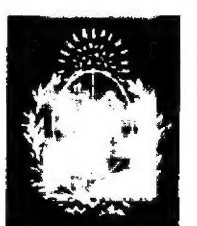


SENADO

SECRETARIA

DIRECCION GENERAL DE COMISIONES

XLIIIa. LEGISLATURA
QUINTO PERIODO



CARPETA Nº 1568 DE 1994

COMISION DE SALUD PUBLICA

DISTRIBUIDO Nº 3041 DE 1994

COPIA DEL ORIGINAL SIN CORREGIR

AGOSTO DE 1994

S A L U D C A R D I O V A S C U L A R

Se declaran de interés nacional las actividades de control de los factores de riesgo y se crea la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular

---

VERSION TAQUIGRAFICA DE LA SESION DE LA COMISION DEL DIA 17 DE AGOSTO DE 1994

25×

- I -

A S I S T E N C I A

Preside : Señor Senador Jaime Pérez -ad hoc-

Miembros : Señores Senadores Carlos Bouzas y Carlos Julio Pereyra

Invitados especiales : Señores representantes de la Comisión Redactora del anteproyecto de ley: doctores Jorge Stanham y Manuel Bianchi como Presidente y Director Ejecutivo de la Comisión Asesora del Ministerio de Salud Pública; doctor Carlos Migues Barón, Presidente de Procardias; doctor Juan José Pereyra, en representación del Sindicato Médico del Uruguay; doctor Fernando Kuster, Presidente de la Sociedad Uruguaya de Cardiología; y, economista Daniel Harán

Secretaria : Señora Josefina Reissig

Ayudantes : **Señora María Celia Desalvo y señor Félix González**

SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 9 y 46 minutos)

Damos la bienvenida a los integrantes de la Comisión redactora del anteproyecto de ley relacionado con la salud cardiovascular y les ofrecemos la palabra a fin de que expongan sobre su alcance.

SEÑOR MIGUES BARON.- En mi calidad de Presidente de la Fundación Procardias agradezco a los señores senadores por habernos recibido y paso a presentar a los integrantes de la Comisión redactora. El doctor Fernando Kuster, Presidente de la Sociedad Uruguaya de Cardiología; el economista Daniel Harán, asesor económico de la Comisión en materia de estudios de costos del proyecto; el doctor Jorge Stanham, Presidente de la Comisión Interinstitucional Asesora del Ministerio de Salud Pública; el doctor Manuel Bianchi, coordinador de la Comisión que acabo de mencionar y el doctor Juan José Pereyra, representante del Sindicato Médico del Uruguay.

Desearía que el doctor Stanham realice la presentación del tema.

SEÑOR STANHAM.- Hace cuatro años el Ministerio de Salud Pública fundamentó la creación de varios proyectos prioritarios vinculados con la salud, sobre todo la del adulto, ya que con anterioridad, con muy buen éxito, se había hecho mucho en el campo materno infantil.

Entre los distintos proyectos prioritarios se encontraba el de la prevención de enfermedades cardiovasculares, que hoy día representan la

principal causa de muerte en el país. Al respecto, se conoce muy claramente la mortalidad, pero se sabe muy poco acerca de la morbilidad, o sea,el número de enfermos portadores de la enfermedad.

Las afecciones crónicas han sido motivo de preocupación desde hace mucho tiempo. Es sabido que a través de la creación de comisiones honorarias que han trabajado intensamente en cada tema específico se han conseguido enormes éxitos. Esto ha sucedido con la Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa, que gracias a su labor prácticamente se llegó a la erradicación o, al menos, al control de esta enfermedad en nuestro país. Cuando yo era practicante interno, en la década del cincuenta, el problema de la tuberculosis era tremendo, al punto de que cuando estuve en el hospital Saint Bois, debíamos realizar por semana varios neumotórax espontáneos. Hoy día, este hospital prácticamente desapareció debido al control de la tuberculosis.

También han conseguido importantes logros las Comisiones de Lucha contra el Cáncer y contra la Hidatidosis. Por estas razones, el Ministerio de Salud Pública ha pensado que se puede hacer algo similar respecto a las enfermedades cardiovasculares.

Una vez establecida, dicha afección provoca lesiones sumamente importantes, invalidantes de la persona y de su familia. Por ejemplo, un hemipléjico joven debe dejar de trabajar y, por consiguiente, no puede aportar a su familia. Además, para su cuidado requiere la atención por turnos --esto lo digo de acuerdo con mi experiencia-- de los integrantes de la familia, puesto que resulta muy caro internarlos en una casa de salud. Por lo tanto, una vez que esta enfermedad se manifiesta, se puede hacer relativamente poco.

Una de las enfermedades cardiovasculares es la hipertensión arterial --es una enfermedad y, a su vez, causa de una afección cardiovascular--; otra, es la afección coronaria o isquémica, y existe una tercera que corresponde a los accidentes cerebrovasculares. Hay muchas otras, como por ejemplo las que tienen que ver con las obstrucciones arteriales de los miembros inferiores y las afecciones renales, que también son consecuencia de las enfermedades cardiovasculares.

Los factores de riesgo corresponden a aquellos elementos de la vida corriente que son capaces de favorecer este tipo de enfermedades. Algunos de ellos --afortunadamente los menos-- son irreversibles e inevitables como, por ejemplo, los hereditarios y los estragos causados por la edad; pero todos los demás son fácilmente combatibles y sobre ellos se puede establecer un plan de acción importante.

En ese sentido, puedo citar la presencia de hábitos nocivos de alimentación y de vida que existen comúnmente en nuestra población. Tal es el caso del sedentarismo, la obesidad, el tabaquismo y algunas enfermedades que no se controlan bien y que se descubren tardíamente, como la diabetes y la hipertensión arterial, que muchas veces se da en gente muy joven. A pesar de que al comienzo esta enfermedad es totalmente silenciosa, produce lesiones en las arterias desde el mismo momento en que aparece. Entonces, en virtud de que existen medidas terapéuticas capaces de controlar la hipertensión arterial, se puede evitar todo ese desastre cardiovascular que se produce con la persistencia de la enfermedad hipertensiva no tratada.

Como es notorio, estos factores son relativamente fáciles de controlar. Existen otros que son más complicados pero también tratables, como la hipercolesterolemia o el ácido úrico elevado. Como dije, todos estos elementos pueden ser tratados porque, ¿quién de nosotros no puede hacer una dieta más cuidadosa y un poco de ejercicio, o controlar su peso y su presión arterial periódicamente? Para que esto se lleve a cabo, se necesita realizar un programa educativo que debe comenzar a través de los medios de difusión, a fin de brindar una mayor información de estas enfermedades, ya que por falta de conocimiento no se toman las medidas adecuadas en la primera consulta, es decir, en la asistencia primaria.

A toda persona que llega a un consultorio o a una policlínica se le debe pesar, medir y tomar la presión arterial, aunque se trate de un joven. Digo esto porque descubrir presión arterial a los veinte o a los treinta años no es lo mismo que hacerlo a los cincuenta. Muchas

veces, la primera manifestación de la presencia de hipertensión arterial o de una enfermedad cardiovascular de otro tipo puede ser la muerte súbita, una hemiplejia o un infarto. Si se hubiera conocido la enfermedad veinte años antes, seguramente no hubiera tenido esa evolución.

De manera que utilizando medios preventivos y poniendo énfasis en la prevención de los factores de riesgo, tendremos una menor incidencia de enfermedades cardiovasculares. Esto está completamente demostrado a nivel internacional. Además, con ello no sólo se logra la prevención de estas enfermedades, sino también una mejoría de ellas. En nuestro país, por ejemplo con la enfermedad isquémica, tenemos una experiencia en ese sentido y el doctor Bianchi --que es el Director Ejecutivo de este proyecto-- puede aportar los datos estadísticos en forma precisa. Si podemos actuar antes de que se produzca la enfermedad, vamos a estar haciendo una acción preventiva en la salud de la persona involucrada.

En muchos casos, estas enfermedades tienen una importante repercusión social, ya que son invalidantes, lo que tiene consecuencias en la economía de una familia por la disminución de sus ingresos y por la atención que uno de su integrantes le debe dedicar al enfermo.

En resumen, el plan de la Comisión es, por un lado, hacer el diagnóstico precoz de enfermedades cardiovasculares para evitar que sigan progresando. Una vez diagnosticadas, es muy poco lo que podemos hacer, ya que son acciones tardías y no siempre efectivas. De todos modos, puede enlentecerse el proceso degenerativo cardiovascular. Por otro lado, se busca brindar una educación que tiene que comenzar en la escuela y proseguir luego en el liceo. Asimismo, se debe brindar información a la población a través de los medios de difusión, tanto

escritos, orales o audiovisuales.

De este modo, esperamos tener una real mejoría de la actual situación. Hace veinte o treinta años el 21% de la población moría a causa de enfermedades cardiovasculares, mientras que actualmente ese porcentaje llega al 40%. Sin embargo, en las enfermedades isquémicas se ha visto una mejoría a partir de la década del setenta, habiendo disminuido de un 20% a un 12%, en virtud de los diagnósticos más precoces, de la existencia de métodos de asistencia precoces en las unidades de emergencia, por ejemplo, de las intervenciones quirúrgicas, como los "by-pass" y las angioplastias, que consisten en provocar una dilatación de las arterias con catéteres especiales.

Todo lo expuesto ha permitido que la enfermedad isquémica mejore; incluso, con algunos tratamientos médicos combinados con medidas higiénico-dietéticas --que son fundamentales--, se ha visto una disminución de la arterosclerosis que comenzaba a establecerse. El profesor Tavela, Director del Departamento de Cardiología de la Facultad de Medicina, ha hecho exposiciones y puestas al día muy interesantes, en las que muestra que la arterosclerosis establecida disminuye --mejorando la circulación-- con los tratamientos y la prevención de los factores de riesgo. Los porcentajes que iban de un 15 % a un 20 % bajaron a prácticamente un 4% ó 5%, lo que es en realidad impactante. Esto quiere decir que se puede ser efectivo, y ello ha quedado demostrado a nivel internacional. Nosotros deseamos que también quede establecido aquí. Ya se han constatado estos avances en las enfermedades isquémicas; con respecto a las otras, recién comenzamos a trabajar, pero esperamos conseguir mejores resultados.

Lamentablemente esto requiere contar con ciertos rubros, pero los que hay en el Ministerio de Salud Pública son muy escasos. Tal vez sea por eso que en esa Cartera solamente hay Comisiones Honorarias. Recorriendo el país, hemos visto que la gente demuestra un enorme entusiasmo por colaborar. Estuvimos en Tacuarembó, en Rivera, en Lavalleja, en Colonia, en Sarandí del Yi y en otros lugares, y encontramos una respuesta increíble del equipo de salud e incluso un importante deseo de colaboración de la población para poder cumplir con esto. Sin embargo, reitero que necesitamos medios para poder comprar un electrocardiógrafo o un aparato de presión, que aunque parezca

increíble, en muchos lugares no los hay.

En esta etapa, lo fundamental es educar y difundir. Creo que si logramos crear la Comisión Honoraria, tendríamos la posibilidad de alcanzar el éxito, como ocurrió con otras comisiones honorarias anteriores que demostraron ser realmente efectivas.

No quisiera ser repetitivo, por lo que cederé el uso de la palabra al doctor Bianchi, a fin de que señale algunos datos impactantes con respecto a este tema.

SEÑOR BIANCHI.- Quisiera poner énfasis en la importancia de las enfermedades cardiovasculares, en base a los datos estadísticos que existen en el país y a los estudios que se han realizado a partir del año 1990 por parte del Ministerio de Salud Pública, la Sociedad Uruguaya de Cardiología y el Departamento de Cardiología, que muestran la realidad de estas enfermedades. Se producen alrededor de 12.000 muertes por año --aproximadamente un 40% del total--, lo que significa un deceso cada 40 minutos, como consecuencia de este tipo de enfermedades. Es la afección que más fallecimientos produce, ya que de cada 10 personas, 4 mueren por enfermedades cardiovasculares: un tercio de esas dolencias son de origen coronario --o sea, por infartos o trastornos del ritmo--, otro tercio se adjudica a accidentes vasculares encefálicos --que es una complicación de la hipertensión arterial-- y el tercio restante ocurre por otro tipo de enfermedades cardiovasculares. En consecuencia, reitero que es la enfermedad que provoca mayor mortalidad.

Estudios epidemiológicos realizados en el país sobre morbilidad, es decir, sobre la enfermedad propiamente dicha, indican que uno de cada tres adultos presenta algún tipo de enfermedad cardiovascular. Por

encima de los 50 años de edad --más precisamente después de los 60--, más del 58 % de la población tiene alguna afección de esta naturaleza.

Las enfermedades cardiovasculares más frecuentes son las de origen coronario, que produce infarto al miocardio y muerte súbita --esto ocurre en un tercio de los casos--, y las provocadas por hipertensión arterial. Ambas dolencias pueden prevenirse en gran parte de los casos. Con un tratamiento adecuado de la hipertensión arterial --esto lo demuestran estudios que se han llevado a cabo no sólo en el Uruguay sino en países desarrollados-- un 40 % de los accidentes vasculares encefálicos, como hemiplejias o infartos cerebrales, pueden ser controlados. En esta época, en base a los fármacos que existen, no se justificaría que un hipertenso no sea controlado. El problema es que un 50 % de los afectados no sabe que padece la enfermedad y de ahí la importancia de la educación, la prevención y que la gente acuda a los servicios de salud para controlar su presión arterial y así detectar el problema.

La enfermedad coronaria requiere el mismo tipo de control. De acuerdo con los estudios internacionales, se puede observar que si se controlan los cuatro factores de riesgo primordiales de esa afección se puede llegar a evitar el 80 % ó 90 % de la enfermedad propiamente dicha. Estos son datos muy importantes y demuestran que estas dos enfermedades --que son las más frecuentes-- pueden ser reguladas con un control adecuado de los factores de riesgo.

En definitiva, la Comisión Honoraria que proponemos es un instrumento que aportará recursos económicos fundamentales para la educación y prevención, que es lo que nos falta actualmente. Las instituciones cardiológicas del país han hecho un gran esfuerzo en pro

de la enfermedad médica continua, llevando a cabo estudios epidemiológicos de investigación y acciones educativas y preventivas dentro de sus posibilidades, que realmente son escasas, porque no son muchos los recursos volcados para esos fines. De cualquier manera, este instrumento nos dará recursos para la educación, la prevención y la rehabilitación cardiovascular. No debemos olvidar que un paciente que ha tenido un infarto al miocardio o un accidente vascular encefálico debe ser rehabilitado y aún no se cuenta en nuestro país con recursos destinados a subsanar las secuelas de esas afecciones.

Reitero que no vamos a trabajar con la parte asistencial, sino que nos dedicaremos a la educación, prevención y rehabilitación de estas enfermedades.

Este es el enfoque general que deseaba plantear a los señores senadores.

SEÑOR MIGUES BARON.- Como los señores Senadores comprenderán, este plan es un emprendimiento que tiene un carácter muy general y una gran participación interinstitucional, no solamente en lo que respecta a las organizaciones médicas, sino también a las de carácter social, educativo, promocional, de servicios, etcétera.

Nuestra intención al proponer esta Comisión Honoraria es dar participación a todo el ámbito nacional, para que pueda compenetrarse con el hecho de que existe un problema de salud que es el que más gravita actualmente en la mortalidad de la población. El tema podrá encararse en la medida en que se logre tener un plan que comprometa a todas las instituciones en lo relativo a la educación y a los cambios de hábito y de comportamiento de la gente, que muchas veces son los que llevan a esta clase de disturbios. La única forma de hacerlo es a

través de la experiencia muy uruguaya de las Comisiones Honorarias, que son personas de Derecho Público no estatal, con autonomía administrativa y financiera, y que tienen libertad de acción como para proceder rápidamente frente a los problemas que se le presenten. Esta es una de las ventajas de la creación de este tipo de Comisiones. Considero que en todo el mundo ha tenido repercusión la forma en que el Uruguay ha resuelto algunos problemas como, por -jemplo, el de la medicina altamente especializada, estableciendo un sentido de equidad que no existe en ningún otro país. Lo hemos revelado en las conferencias mundiales de la Organización Mundial de la Salud, en las que se ha hecho saber que la atención de las enfermedades de alto riesgo en el Uruguay se encuentra al alcance de todos los ciudadanos, cualquiera sea su condición económica. No existe nada similar en el resto del mundo. Esto nos induce a pensar que una Comisión que procure incorporar a todas las instituciones del medio en lo que tiene que ver con la educación, prevención y control de las enfermedades cardiovasculares de alto riesgo aportará, no en el corto pero sí en el mediano y largo plazo, un beneficio indudable para la salud cardiovascular.

Esa es una de las razones por las cuales este grupo, vinculado a la cardiología y a la atención de este tipo de problemas, elaboró este anteproyecto para que fuera considerado por la Comisión. Además, fue muy bien recibido por el Ministerio de Salud Pública, que le dio su aprobación, transformándose naturalmente en un Mensaje que el Poder Ejecutivo elevó a la Asamblea General.

Sin querer entrar a considerar en forma particular este tema, creemos que hay algunas apreciaciones que merecen ser planteadas en el día de hoy para que los señores senadores las tengan en cuenta. Con respecto a la la integración de la Comisión, que surge del artículo 2º, queremos señalar que se establece la presencia de un delegado del Poder Ejecutivo --que será el que la presida--, uno del Progama Prioritario del Ministerio de Salud Pública, otro de la Facultad de Medicina, un delegado de la Asociación Uruguaya de Cardiología, uno de las gremiales médicas más representantivas, otro de las organizaciones no gubernamentales con mayor actuación en programas de prevención y rehabilitación cardiovascular y un representante del Banco de Previsión Social. Queremos señalar que la Comisión considera que se podría introducir alguna modificación que beneficiaría sensiblemente el funcionamiento de la Comisión Honoraria propuesta. En un principio se pensó que era ventajoso que la Comisión no fuera muy numerosa, porque se haría demasiado deliberativa. No obstante, en el artículo siguiente se establece que había un Director Ejecutivo, de manera que el hecho de que esté integrada por 8 o 9 miembros no influye en su eficacia y le da mayor representatividad, porque ese Director será el encargado de la ejecución de las políticas dictadas por la Comisión.

Pero si no existiera este funcionario, es probable que debiéramos pensar en una Comisión más reducida, lo que la haría menos deliberativa y mayormente ejecutiva.

Por otra parte, el hecho de que haya un delegado representando a dos gremiales médicas nos parece inadecuado, ya que creemos que lo ideal sería que se contara con un integrante de la Federación Médica del Interior y otro del Sindicato Médico del Uruguay. Todas las personas que estamos en el ambiente sabemos que ambas instituciones tienen marcos bien delimitados, no solamente desde el punto de vista territorial, sino también funcional. Creemos que ese sería un motivo de fricción que no arrojaría ningún beneficio a la Comisión.

De igual modo, a nuestro juicio, es indispensable que exista un delegado de la Administración Nacional de Educación Pública, pues el factor educativo es muy importante y constituye la base de la política que pensamos desarrollar en materia de prevención de los problemas de salud cardiovascular; tan es así que ya hemos elaborado algunos programas para que se desarrollen en los primeros años de la actividad escolar, a los efectos de que los niños se vayan interiorizando con algunos conceptos que les permitan controlar los factores de riesgo, como puede ser, por ejemplo, el uso exagerado de la sal. Aunque es algo muy sencillo, es beneficioso que en sus primeros años de vida, los niños conozcan las consecuencias nocivas de este elemento en su sistema vascular, que evidentemente repercutirá en su futuro. De manera que ANEP --que tendrá que incorporar programas perfectamente elaborados para impartir en los distintos sectores de la enseñanza--, desde nuestro punto de vista, tendrá un papel prioritario en la Comisión Honoraria.

En lo que respecta al Banco de Previsión Social, pensamos que no es fundamental la integración de un delegado por una razón que aunque parezca un poco dura tiene su explicación. La salud cardiovascular comienza a ser tratada desde los primeros años de vida hasta el final. Pensamos que la principal función de la Comisión Honoraria no es atender a quienes ya están bajo control médico --es conocido que hay disposiciones nacionales al respecto--, sino que debemos empezar por los niños, iniciando a partir de esa etapa la escala de compenetración y conocimiento. Todos sabemos que la función del Banco de Previsión Social está dirigida fundamentalmente a personas jubiladas, de edad madura, por lo que cuando lo crea oportuno la Comisión no dudará en entablar los contactos necesarios con esa institución a los efectos de contar con la información debida.

Otro aspecto que nos interesaba plantear es el relativo al artículo 11 que figuraba en el proyecto de ley original y que no aparece en el del Mensaje enviado por el Poder Ejecutivo. Esa norma expresa que se autoriza al Ministerio de Economía y Finanzas a adelantar a la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, una partida de hasta $ 500.000 para el desarrollo de la Semana del Corazón, el inicio de la Campaña Nacional para la Salud Cardiovascular y el desenvolvimiento de sus actividades; dicha suma, asimismo, será reintegrada a medida que se recaude el impuesto previsto en los artículos 8º y 9º de la presente ley. Como se sabe, cuando se instala una Comisión de este tipo, naturalmente se incurre en gastos de instalación, de equipamiento, de creación del personal imprescindible, etcétera; por lo tanto, creemos que disponer de un crédito facilitado por el Ministerio de Economía y Finanzas de $ 500.000 reintegrables es un beneficio muy valorado por la

Comisión. Por estas razones, nos gustaría que los señores senadores consideraran la posibilidad de que este artículo, que como dije consta en la redacción original, fuera incorporado al texto del proyecto de ley definitivo.

SEÑOR HARAN.- Brevemente deseo manifestar que este proyecto de ley tiene la ventaja de contar con antecedentes similares en el Poder Legislativo, lo que facilitará su estudio, sabiendo que hay Comisiones Honorarias que funcionan con muy buenos resultados. Pensamos que es una forma de instaurar una política vertical, atacando un área de la salud con resultados altamente probados por otras Comisiones. Esta Comisión se estaría financiando, tal como lo prevé el artículo 9º de la iniciativa, por medio de un impuesto adicional de 1.5 % del IMESI, que ya cuenta con el beneplácito del Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Economía y Finanzas. La cifra es de U$S 1:500.000, que permitirían financiar adecuadamente esta Comisión.

Otro aspecto que queremos destacar de la salud cardiovascular --y aclaro que tengo una óptica distinta a la de los médicos-- es el relativo al daño económico que sufre la sociedad. Este perjuicio se puede estimar en el orden del 2 % del Producto Bruto Interno, es decir, alrededor de U$S 200:000.000. De este total, U$S 100:000.000 corresponden a los gastos directos en que incurre la sociedad como, por ejemplo, el 13 % relativo a los gastos de salud del Estado. Tanto el sector público como el privado gastan U$S 100:000.000 en acciones tales como atención ambulatoria, que alcanza los U$S 25:000.000; emergencias móviles, que destinan U$S 8:000.000 a la atención cardiovascular; egresos hospitalarios que se ubican en los U$S 33:000.000; el Fondo Nacional de Recursos, que por su parte desvía U$S 21:000.000 y los

subsidios por enfermedad que insumen U$S 2:000.000. Tal como se señalaba anteriormente, esta enfermedad se puede evitar en un 80 % de los casos, por lo que podemos presuponer que los gastos disminuirían en ese mismo porcentaje si se aplicara una política adecuada.

Desde un punto de vista indirecto se generan dos tipos de costo; uno de ellos surge de las horas de producción que pierde la sociedad, ya sea por fallecimiento o por enfermedad de personas que se retiran de la actividad laboral. Èsto estaría ocasionando una pérdida dentro del Producto Bruto Interno no inferior a los U$S 100:000.000.

Por último, consideramos que el hecho de que existan antecedentes similares es una ventaja para que esta Legislatura le dé un tratamiento preferencial al tema, a los efectos de que a fin de año o a principios del que viene tengamos una política que tienda a obtener rápidamente los alcances perseguidos.

SEÑOR KUSTER.- Pertenezco a la Sociedad Uruguaya de Cardiología y puedo afirmar que la misma observa y participa en esto porque es consciente de que el Uruguay está destinando dinero a la asistencia de estos pacientes, pero no hace mucho por la prevención. En este último aspecto, se está trabajando a través de actitudes personales o de grupo sin que exista una política coordinada para prevenir la enfermedad, que tiene un alto costo humano y socioeconómico.

Como bien dijeron mis compañeros, podríamos trabajar desde la etapa escolar y liceal, así como sobre la población en general, a los efectos de prevenir las enfermedades. En tal sentido, ya existen experiencias mundiales como, por ejemplo, en Estados Unidos, en donde la enfermedad coronaria está disminuyendo. Se puede decir que parecería que la epidemia de arterosclerosis coronaria ha venido disminuyendo.

Los estudios efectuados en la Sociedad Uruguaya de Cardiología nos han asustado, porque observamos que las enfermedades cerebrovasculares debidas a la hipertensión arterial no han disminuido sino que, por el contrario, se mantienen altas e, inclusive, han aumentado. Ello nos demuestra que no estamos tratando o previniendo la hipertensión arterial. Además, esto representa un costo muy alto en vidas y en asistencia que está perdiendo toda nuestra sociedad.

Por otro lado, hay que tener en cuenta un segundo punto, es decir

que no sólo debe existir una prevención primaria --en este caso, se trata de que una persona sana no contraiga la enfermedad--, sino también una secundaria. Al respecto, sabemos --y ello es algo muy alentador-- que podemos frenar la enfermedad coronaria. Si actuamos sobre los factores de riesgo y concientizamos a la población en el sentido de que deje de fumar y lleve una forma de vida adecuada, no sólo mejoramos la luz del bazo, sino que los eventos coronarios disminuyen. De esta forma, el paciente va a vivir más años y la enfermedad tendrá un costo socioeconómico más bajo.

Por lo tanto, consideramos que es importante continuar trabajando en el tratamiento de esta enfermedad que, como muy bien dijo el doctor Bianchi, tiene un costo anual del 40% de la población, es decir que se produce una muerte cada cuarenta minutos.

Además de todo ello, debemos volcar recursos en dos tipos de prevención: la primaria, que se destina a la persona sana y la secundaria, que tiene el objetivo de frenar esta enfermedad. Debo señalar que esto último no es algo nuevo, puesto que ya existe experiencia al respecto. En tal sentido, puedo afirmar que la Sociedad Uruguaya de Cardiología está muy preocupada por este tema y, en función de ello, se han formado Comisiones de Epidemiología y de Hipertensión, que nos brindan datos nacionales. Ello es de una gran importancia para nosotros, porque somos conscientes de que no podemos extrapolar totalmente la información internacional a nuestra realidad.

Tomando como base datos de nuestro país, en este momento podemos decir que la enfermedad coronaria ha disminuido pero, por el contrario, la enfermedad cerebrovascular ha aumentado. Esto último nos está demostrando que no estamos tratando adecuadamente a nuestros

25X

hipertensos o no estamos previniendo la enfermedad.

En definitiva, queremos decir que le damos mucha importancia a este proyecto y que la Sociedad Uruguaya de Cardiología es un compañero más en este momento.

SEÑOR STANHAM.- Simplemente, deseo hacer un resumen final.

Cuando comenzamos a trabajar en este proyecto, en 1990, consideramos que lo más importante era reunir a todas aquellas instituciones que estaban vinculadas a la cardiología en una Comisión que se denominó Interinstitucional. La misma comprendía, en el Ministerio de Salud Pública, a ASE y hacía participar a la Cátedra de la Facultad de Medicina a través del Departamento de Cardiología, así como a la Sociedad de Cardiología, que es la que reúne a los cardiólogos en actividad científica. Asimismo, en dicha Comisión actuaba un delegado de una institución no gubernamental muy gravitante en todo lo que tiene que ver con la prevención de enfermedades cardiovasculares, como es Procardias. Por último, la integraba un representante relacionado --entre otras cosas--, fundamentalmente, con enfermedades cardiovasculares, quien actuaba en nombre del Fondo Nacional de Recursos o Institutos de Medicina Altamente Especializada. En esa Comisión estaba representada prácticamente toda la actividad cardiovascular del país, y en ella se fueron llevando a cabo determinados propósitos.

¿Cuál es el panorama al que estamos enfrentados actualmente? Podemos decir que tenemos un grupo de pacientes complicados que debemos afrontar porque existen. Además, hay otro de enfermos cardiovasculares conocidos, que padecen enfermedades de este tipo ya establecidas, pero no complicadas aún, con los cuales se pueden adoptar

actitudes preventivas --como decía el doctor Kuster-- a fin de evitar que dichas enfermedades progresen. En tal sentido, se ha observado que algunas, como la arterosclerosis y las isquemias coronarias, pueden ser regresivas. Luego, están los enfermos no conocidos, que son aquellos portadores de hipertensión arterial o de una acción coronaria, pero que no lo saben porque no se han examinado y no aparecen los síntomas; sin embargo, la enfermedad está allí presente y actuando. Por otro lado, tenemos aquellos pacientes que se encuentran sanos, pero presentan una cantidad importante de factores de riesgo. En este caso, se encontrarían los obesos, los fumadores, los que siguen malos regímenes de alimentación y de vida, los sedentarios, etcétera, y en ellos se puede evitar que aparezcan las enfermedades cardiovasculares. Por último, estarían quienes no tienen nada y tampoco presentan factores de riesgo. Pero también a ellos hay que brindarles conocimientos --me refiero, fundamentalmente, a las poblaciones jóvenes-- a través de medidas educacionales fundamentales, a fin de que podamos desviar a quienes están enfermos o a quienes son sanos aparentemente de donde están los individuos completamente sanos. De esta manera, lograríamos que no aumentara la cantidad de enfermos.

He tratado de resumir en palabras --podríamos decir-- no tan técnicas, lo que pretende esta Comisión.

SEÑOR PRESIDENTE.- En nombre de la Comisión de Salud Pública agradezco a los señores invitados la información que nos han brindado. Tengan la seguridad de que trataremos este proyecto con celeridad; sin embargo, debemos decir que nos encontramos en un momento y en un año muy especiales. Pero lo cierto es que si la iniciativa no se aprueba en los próximos meses la situación se va a complicar.

Por lo tanto, haremos todos los esfuerzos para que en lo posible este proyecto se apruebe en las sesiones del mes de setiembre, a los efectos de que luego sea enviado a la Cámara de Representantes, para seguir el trámite.

Se levanta la sesión.

(Así se hace. Es la hora 11 y 29 minutos)